

РОДЫ И ИХ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

*Киселева Н.И., Арестова И.М., Жукова Н.П., Дейкало Н.С., Кожар Е.Д.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Гестоз является чрезвычайно важной проблемой современного акушерства. Длительное его течение ведет к выраженным нарушениям микроциркуляции в жизненно важных органах и плаценте, к возникновению тяжелых осложнений со стороны матери и плода. В снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при данной патологии большое значение имеет рациональное родоразрешение [1].

Целью нашего исследования явилось изучение течения родов и их исходов у беременных с гестозом средней и тяжелой степени.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 264 историй родов пациенток с гестозом средней степени тяжести и 46 историй родов пациенток с гестозом тяжелой степени, родоразрешенных в учреждении здравоохранения «Витебский городской клинический родильный дом №2» и 326 историй развития их новорожденных. Степень тяжести гестоза оценивали по шкале Goeke в модификации Г.М.Савельевой [2]. Статистическая обработка полученного в ходе исследования материала проводилась с помощью пакета STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. При изучении характера родов нами установлено, что у 71,6% женщин с гестозами роды были срочными, у 28,4% – преждевременными. При этом у пациенток с гестозом средней степени тяжести чаще отмечались срочные роды (76,5%), а у пациенток с тяжелыми формами патологии – преждевременные (56,5%). Высокий процент преждевременных родов у беременных с тяжелым гестозом обусловлен ранним возникновением первых клинических проявлений патологии (в сроки беременности 24 – 30 недель) и необходимостью досрочного родоразрешения в связи с нарастанием тяжести патологии на фоне проводимого лечения.

С родовой деятельностью, развившейся спонтанно, в родильный дом поступили 13,9% пациенток с гестозом, 86,1% беременных госпитализированы в отделения интенсивной терапии и реанимации, патологии беременных для лечения и решения вопроса об акушерской тактике.

Из 267 пациенток с гестозами, находившихся на лечении в отделениях родильного дома, у 43,1% подготовка к родоразрешению осуществлялась путем создания гормонально-энергетического фона, у 3,4% – введением простагландинов. Родовая деятельность развилась самостоятельно у 36,3% пациенток, в 13,1% случаев была использована плановая амниотомия, в том числе у 5,8% пациенток с последующим родовозбуждением.

У 137 (44,2%) пациенток с гестозом роды были проведены через естественные родовые пути. В родах проводился постоянный мониторинг за состоянием плода, показателями гемодинамики, дыханием, диурезом, динамикой родовой деятельности и интенсивная терапия гестоза. Средняя продолжительность родов у пациенток с гестозами составила $6,5 \pm 1,6$ часа, при этом средняя продолжительность I периода родов – $6,0 \pm 1,6$ часа, продолжительность II периода родов –

18,8±3,3 мин., продолжительность III периода родов – 11,3±5,6 мин. Быстрые роды имели место у 8,1% женщин с гестозами.

Осложнения в родах возникли у 55,5% рожениц. При этом несвоевременное излитие околоплодных вод отмечалось у 51,1% пациенток, аномалии родовой деятельности – у 7,3%, патологическая кровопотеря – у 39,4%, угрожающий разрыв промежности – у 9,5%, травмы мягких тканей родовых путей – у 3,6%, аномалии прикрепления и отделения плаценты – у 4,4%.

Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте произведено 54,8% пациенткам. У 3,5% женщин с гестозами объем операции кесарева сечения был расширен до экстирпации матки без придатков вследствие развития гипотонического кровотечения и отсутствия эффекта от гемостаза во время операции.

В плановом порядке операция кесарева сечения выполнена у 67,1% женщин с гестозами, в экстренном порядке – у 32,9%. Основными показаниями к оперативному родоразрешению в плановом порядке явились: нарастание тяжести гестоза на фоне проводимой комплексной терапии при неподготовленных родовых путях (30,7%), гестоз тяжелой степени при отсутствии готовности родовых путей (28,9%), сочетанные показания (длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другимиотягочающими акушерскими факторами, неправильные положения плода – 24,6%).

Показаниями к экстренному оперативному родоразрешению были: аномалии родовой деятельности (37,5%), преждевременное излитие околоплодных вод при неподготовленных родовых путях (37,5%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (12,5%), нарастание тяжести гестоза в родах (7,1%), клинически узкий таз (5,4%).

Путем наложения полостных акушерских щипцов по показаниям со стороны матери и плода родоразрешен 1,0% женщин с гестозом.

Следует отметить, что пациентки с гестозами средней степени тяжести одинаково часто родоразрешались как через естественные родовые пути, так и путем операции кесарева сечения (50,4% и 48,5% соответственно, $p=0,66$). При тяжелых гестозах женщины в 10,5 раз чаще родоразрешались оперативным путем, чем через естественные родовые пути (91,3 и 8,7% соответственно, $p<0,001$). Это обусловлено тем, что операция кесарево сечение у этих пациенток является более щадящим методом родоразрешения, особенно для недоношенного ребенка, и важным резервом снижения перинатальной смертности.

В результате родоразрешения у женщин с гестозами родилось 326 детей, из них 96,0% живорожденных и 4,0% мертворожденных, из которых более половины (7 детей из 13) погибли антенатально на догоспитальном этапе. Средняя масса новорожденных составила 2879±882 г, длина – 48,5±5,5 см. С оценкой по шкале Апгар 7–9 баллов родилось 63,2% детей, 6–7 баллов – 23,3%, 4–5 баллов – 6,2%, ниже 4 баллов – 7,3%. На 5 минуте после рождения 3,3% новорожденных были взяты на ИВЛ.

Заболееваемость новорожденных составила 1306%. Новорожденные были недоношенными (28,7%), «маловесными» для гестационного возраста (16,3%), имели синдром респираторного расстройства (8,6%), нарушения церебрального статуса (28,7%), внутриматочную гипоксию и асфиксию в родах (21,4%), неонатальные желтухи (10,1%), врожденную пневмонию (5,7%), перинатальные инфекции (1,9%), родовые травмы (2,9%) и геморрагическую болезнь (1,0%). В учреж-

дение здравоохранения «Витебская детская областная клиническая больница» переведено 28,4% новорожденных. Выписка и перевод новорожденных проводились на $9,9 \pm 3,1$ день. Показаниями для перевода явились недоношенность, нарушения церебрального статуса, врожденные пневмонии и перинатальные инфекции.

Выводы. Таким образом, в настоящее время тяжесть патологии, серьезные осложнения для матери и плода обуславливают высокую частоту оперативного родоразрешения при недоношенной беременности, в то время как при доношенной беременности прослеживается тенденция к увеличению родоразрешения через естественные родовые пути. Стресс, испытываемый плодом у больной гестозом, отрицательно воздействует на состояние будущего ребенка, о чем свидетельствуют высокие показатели перинатальной заболеваемости новорожденных от матерей с этой патологией.

Литература:

1 Гестоз – болезнь адаптации / В Н Серов [и др.]. – Новосибирск, 2001. – 117 с.